

CAPÍTULO 4

NEOPLASIAS

Na CID-9-MC as Neoplasias são classificadas de acordo com o seu comportamento, localização anatômica e morfologia. Este capítulo classifica os tumores benignos e malignos. Para codificar correctamente uma neoplasia é preciso a informação clínica de que se trata de uma neoplasia benigna, in situ, maligna ou de comportamento incerto. No caso das neoplasias malignas é necessário determinar se existe neoplasia secundária (metastase).

4.1. CAPÍTULO 2 DA LISTA TABULAR DAS DOENÇAS

Este capítulo inclui as categorias 140 a 239 e contem os seguintes grandes grupos:

140 – 195 – Neoplasias malignas, confirmadas ou presumivelmente primárias de locais específicos, exceptuando as do tecido linfático e hematopoiético.

196 – 198 – Neoplasias malignas, confirmadas ou presumivelmente secundárias de locais específicos

199 - Neoplasias malignas sem especificação de localização

200 – 208 – Neoplasias malignas, confirmadas ou suspeitas de serem primárias do tecido linfático e hematopoiético

210 – 229 – Neoplasias benignas

230 – 234 – Carcinoma “in situ”

235 – 238 – Neoplasias de comportamento incerto

239 - Neoplasias de natureza não especificada

O diagnóstico histológico deve ser o termo principal de pesquisa no Índice Alfabético, para permitir a confirmação de qual a coluna na Tabela das Neoplasias, que deve ser utilizada. Por exemplo, se há um resultado histológico de “adenoma”, este deve ser o termo principal para pesquisa no Índice Alfabético, onde veremos a nota – “see also neoplasm, by site, benign”.

A tabela das neoplasias no Índice Alfabético está dividida por colunas que correspondem aos vários tipos de neoplasias benignas, malignas, in situ, de comportamento incerto e não especificadas.

4.2 REGRAS GERAIS DE CODIFICAÇÃO DAS NEOPLASIAS

- Se o tratamento efectuado é dirigido a uma neoplasia, a neoplasia deve ser o diagnóstico principal.
- Quando um doente é admitido por uma neoplasia metastizada e o tratamento é dirigido apenas às metastases, estas são o diagnóstico principal.
- A codificação e sequência de complicações associadas às neoplasias malignas ou ao seu tratamento está sujeitas às seguintes regras:
 - 1 – Quando o internamento é para tratamento de uma anemia relacionada com

- a neoplasia, e o tratamento realizado foi unicamente dirigido para a anemia, esta deve ser o diagnóstico principal, seguido do código da neoplasia.
- 2 - Quando o internamento é para tratamento de uma **anemia relacionada com a quimioterapia ou radioterapia** e o único tratamento efectuado foi dirigido à anemia, esta deve ser o diagnóstico principal.
 - 3 - Quando o internamento é para tratamento de uma **desidratação relacionada com a neoplasia ou com a terapêutica** e o único tratamento efectuado foi dirigido à correcção da desidratação, esta deve ser o diagnóstico principal.
 - 4 - Quando o internamento é para tratamento de uma complicação do procedimento cirúrgico efectuado, relacionado com a neoplasia, a complicação é nestes casos o diagnóstico principal.
- Quando uma neoplasia primária foi ressecada ou erradicada, e não há mais tratamentos dirigidos à sua localização, e não há evidência de recidiva, um código da categoria V10 – História pessoal de neoplasia maligna deve ser utilizado para referenciar o local da neoplasia primária. Qualquer menção a extensão, invasão ou metastização para outro local é codificado como neoplasia secundária desse local. A metastase é o diagnóstico principal e um código da categoria V10 é usado como diagnóstico adicional.
- Internamentos envolvendo Quimioterapia e Radioterapia:
- 1 – Quando num internamento se realizou a excisão cirúrgica de uma neoplasia, primária ou secundária, seguida de quimioterapia ou radioterapia, o diagnóstico da neoplasia é o diagnóstico principal.
 - 2 – Se o internamento é apenas para a realização de radioterapia ou de quimioterapia, o diagnóstico principal é “Admission for chemotherapy” – V58.1, ou “Admission for radiotherapy” – V58.0. Se o internamento foi realizado para os dois tipos de tratamento, estes dois códigos são utilizados independentemente da ordem.
 - 3 – Quando um doente é internado para quimioterapia ou radioterapia e apresenta complicações, como náuseas, vômitos ou desidratação, o diagnóstico principal continua a ser V58.0 ou V58.1.
 - 4 - Quando um internamento é para avaliação da extensão da doença, para um procedimento específico, como uma paracentese ou toracocentese, o diagnóstico principal continua a ser a neoplasia primária ou secundária consoante as situações, mesmo que durante o internamento tenha sido realizada radioterapia ou quimioterapia.

4.3. NEOPLASIAS MALIGNAS DE LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA (140-195)

Incluem várias secções respeitante cada uma a um sistema anatómico. Estas contêm várias categorias correspondendo cada uma a um órgão. Dentro delas existem subcategorias, que especificam a localização anatómica.

As subcategorias com o 4º dígito **.9**, assinalado com código de cores, correspondem ao local não especificado das neoplasias, e que não deve ser utilizado. O 4º dígito **.8**

corresponde a locais contíguos no mesmo órgão, em que não é possível determinar qual é o primário.

4.4. METASTASES

- **METASTÁTICO “PARA”** – Indica que o local mencionado é secundário.

Ex: - Carcinoma metastático para o pulmão – 197.0

- Se a neoplasia primária está ainda presente – código da Neoplasia
- Se a neoplasia primária foi excisada ou erradicada – código de História de Neoplasia
- Se a neoplasia primária não pode ser identificada, usa-se o código – 199.1

Não se assinala “História” quando o tumor primitivo for benigno, a não ser que **seja** do cérebro – V12.41.

- **METASTÁTICO “DE”** – o local mencionado é o local primário.

Ex: - Carcinoma metastático da cabeça do pâncreas no fígado – 197.7 + 157.0

- **MÚLTIPLOS LOCAIS METASTÁTICOS**

Quando se indicam dois ou mais locais como metastáticos, cada um deles deverá ser codificado como secundário.

Deve codificar-se a localização da neoplasia primária quando estiver indicada. Se não for conhecida codifica-se com o código 199.1.

- **METÁSTASE NUM SÓ LOCAL**

Se apenas um local é indicado como metastático, sem mais informação e sem possibilidade de a obter, deve proceder-se do seguinte modo:

Ex: Metástase de células renais do pulmão:

- localização primária – rim – 189.0
- localização secundária – pulmão – 197.0

Quando não há indicação para utilizarmos outro código que não 199.0 ou 199.1 como o de neoplasia primária devemos utilizá-lo, a menos que o local seja um dos seguintes: cérebro, osso, diafragma, coração, fígado, gânglios linfáticos, mediastino, meninges, peritoneu, pleura, retroperitoneu, espinal medula, e locais classificáveis com o código 195.

As neoplasias destes locais são codificadas como secundárias, quando não podem ser mais especificadas, excepto as do fígado, que se codificam com o código 155.2.

Carcinoma metastático do pulmão – 162.9+199.1

Carcinoma metastático no osso – 199.1+198.5

- **LOCAL NÃO INDICADO**

O Índice apresenta localizações, por defeito (unspecified site), para determinadas morfologias neoplásicas.

Ex: - Adenocarcinoma apócrino metastático – 173.9 (pele) + 199.1
- Feocromocitoma metastático – 194.0 (supra-renal) + 199.1

- **EXTENSÃO METASTÁTICA**

Codifica-se como metástase a extensão directa da neoplasia.

Ex: - Carcinoma do esófago cervical com erosão na traqueia e brônquio, formando uma fístula traqueoesofágica ou broncoesofágica – **150.3 + 197.3 + 197.0 + 530.8.**

- Carcinoma do ângulo hepático do colon com extensão para o fígado e estômago – **153.0 + 197.7 + 197.8.**

- Carcinoma da próstata, com extensão para a bexiga – 185 + 198.1.

- **EXEMPLOS VÁRIOS**

Carcinoma metastático no cérebro - 198.3 + 199.1.

Carcinoma metastático da próstata em ossos pélvicos, em doente prostatectomizado – 198.5 + V10.46.

Carcinoma metastático do pulmão no cérebro, em doente pneumectomizado, e sem recidiva no local primário – 198.3 + V10.11.

Carcinoma metastático da próstata em ossos pélvicos – 185 + 198.5.

Carcinoma metastático no cérebro e pulmões – 198.3 + 197.0 + 199.1.

Carcinoma metastático no pâncreas e epiplon – 197.8 + 197.6 + 199.1.

Adenocarcinoma metastático do cólon transversal – 153.1 + 199.1.

Carcinoma metastático do brônquio – 162.9 + 199.1.

Carcinoma metastático na espinal medula – 198.3 + 199.1.

Carcinoma metastático no fémur – 198.5 + 199.1.

Carcinoma metastático no cérebro – 198.3 + 199.1.

Adenocarcinoma seroso papilar metastático no osso – 183.0 + 198.5.

Carcinoma de células ductais invasivo metastático – 174.9 + 199.1.

Fibrossarcoma odontogénico metastático – 170.1 + 199.1.

Osteossarcoma condroblástico metastático – 170.9 + 199.1.

Foi codificado como diagnóstico Principal a neoplasia primitiva quando identificada.

4.5. NEOPLASIAS DO SISTEMA LINFÁTICO E HEMATOPOIÉTICO

Estas Neoplasias não se desenvolvem em localizações secundárias, mas como se disseminam por células circulantes podem aparecer em várias localizações, que são consideradas primárias.

As Neoplasias do tecido linfático encontram-se classificadas nas categorias 200 a 202.

Ex: - Linfoma gástrico, tipo linfosarcoma – 200.13.

- Doença de Hodgkin, com depleção linfocítica, com extenso envolvimento corporal – 201.78.

- Linfoma histiocitário da coxa com envolvimento da medula óssea – 200.05.

- Mieloma múltiplo da medula – 203.00.

- Leucemia linfocítica crónica - 204.10.

- Linfoma gástrico, não maligno (pseudolinfoma) – 211.1.

- Linfocitopenia – 288.8.

- Sarcoma de Ewing do fémur – 170.7.

- Neoplasia metastizada em gânglios linfáticos – categoria 196 para a metastização.

- Adenocarcinoma da mama, com metástases nos gânglios da axila – 174.9 + 196.3.

- Carcinoma do lobo inferior do pulmão, com metástases no fígado – 162.5 + 197.7.

- Neoplasia do pâncreas, com metástases peritoneais, e ováricas – 157.9 + 197.6 + 198.6.

4.6. RECORRÊNCIA DE NEOPLASIA PRIMÁRIA

Se há recorrência de uma neoplasia primária previamente excisada ou erradicada, codifica-se como neoplasia primária do local (categorias 140-195). Codifica-se também qualquer manifestação secundária, se houver.

Se não há recorrência no local primário, e não se está a efectuar qualquer tratamento, a localização primária codifica-se como “História de neoplasia – V10.X”, acrescido de qualquer localização secundária que eventualmente exista. Nos casos em que a metástase é a causa de internamento deverá ser esta o diagnóstico principal.

4.7. NEOPLASIAS FUNCIONALMENTE ACTIVAS

As neoplasias funcionalmente activas podem afectar a actividade das glândulas endócrinas, e devem ser codificadas utilizando o código da neoplasia seguido do da disfunção endócrina.

Ex: - Hiperestrogenismo devido a carcinoma do ovário – 183.0 + 256.0

- Carcinoma do ovário com hirsutismo – 183.0 + 704.1.

4.8. TRATAMENTO DIRIGIDO PARA A LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA

Quando o tratamento é dirigido para a localização primária, a Neoplasia deste local é o Diagnóstico Principal “P”.

Ex: - Carcinoma da sigmoideia com nódulos metastáticos no fígado; sigmoidectomizada – 153.3 + 197.7.

Quando a admissão no Hospital se destina apenas a Radioterapia ou Quimioterapia, o “P” será um destes, utilizando-se o código da neoplasia em segundo lugar.

Ex: - Carcinoma da sigmoideia ressecado, que é admitido para quimioterapia – V58.1 + 153.3

Quando a admissão se destina a quimioterapia, envolvendo a colocação de cateter na subclávia para infusão do citostático, o “P” continua a ser admissão para Quimioterapia.

Quando a neoplasia é excisada ou erradicada, e não há tratamento adjuvante para esta, e não há evidência de qualquer “resto” no local primário, utiliza-se um código da categoria V10 para o codificar. Qualquer menção de extensão, invasão ou metastização próxima ou à distância codifica-se como Neoplasia maligna secundária do local. Poderá ser o “P” na ausência de localização primária.

Quando estamos em presença de duas localizações primárias uma delas será o “P”. Se o tratamento se dirige especificamente a uma delas, essa será o “P”, se é dirigido a ambas, qualquer uma delas poderá ser o “P”. Nestes casos a decisão deve ser clínica.

Quando o doente é admitido para cirurgia a uma patologia não neoplásica, e surge um exame anátomo-patológico com focos de malignidade, a patologia que condicionou o internamento e a cirurgia continua a ser o Dx. P., associando-se o diagnóstico da **neoplasia**.

Ex: - Doente com Hipertrofia benigna da próstata admitido para prostatectomia transuretral. A anatomia patológica confirmou este diagnóstico, mas assinalou, também, a presença de um foco microscópico de adenocarcinoma.

“P” – 600 + 185 M 8140/3 Proc. 60.29

- Doente com endometriose do útero a quem foi feita uma histerectomia abdominal. A anatomia patológica confirmou a endometriose, mas indicou também a presença de um carcinoma in situ do colo do útero.

“P” - 617.9 + 233.1 M 8010/3 Proc. 68.4

4.9. TRATAMENTO DIRIGIDO A LOCALIZAÇÃO SECUNDÁRIA

Quando um doente tem a neoplasia primária, ainda presente, e é admitido para tratamento da metástase e só dela, o Diagnóstico Principal é a metástase, sendo o código da neoplasia primária utilizado como código de diagnóstico adicional, a menos que a admissão seja para radioterapia ou quimioterapia.

Quando um doente é admitido por uma neoplasia primária com metástase e o tratamento é dirigido, tanto para a localização primária como secundária, o Diagnóstico Principal será a neoplasia primária, sendo o código da metástase utilizado como código de diagnóstico adicional.

4.10. ADMISSÃO POR COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A NEOPLASIAS

Podemos estar perante complicações da própria doença ou da terapêutica. De acordo com a situação teremos:

- **Quando houver uma Admissão para tratar exclusivamente uma Anemia**, esta é o Diagnóstico Principal, associando-se o código de diagnóstico a neoplasia. Há vários tipos de anemia que poderão estar presentes:

- Por deficiência de ferro, devida a perda crónica de sangue – 280.0
- Anemia hemolítica não autoimune – 283.1
- Agranulocitose ou neutropénia – 288.0
- Anemia aplástica – 284.8.

- **Quando houver uma Admissão para tratar exclusivamente uma Desidratação**, esta é o Diagnóstico Principal, associando-se o código da neoplasia.

- Quando a admissão se destina, exclusivamente, ao tratamento duma complicação de tratamento cirúrgico de **uma** neoplasia a Complicação será o Diagnóstico Principal.

Ex: - Síndrome de mal absorção pós-cirúrgico – 579.3,

- Disfunção de colostomia ou outro estoma, ou complicações de implantes serão o “P” seguido do código da neoplasia.

- Se a neoplasia estiver ainda presente utiliza-se o código desta como código adicional, se não, usa-se o código de História, da categoria V10.

- Se o doente é admitido para Radioterapia ou Quimioterapia, que se complicam com náuseas, vômitos, ou desidratação durante o mesmo episódio, aquela admissão mantém-se como Diagnóstico Principal, com os códigos adicionais da neoplasia e das complicações.

- Os sintomas, sinais e condições mal definidas listadas no Cap. 16, características de, ou associadas com, uma neoplasia primária existente ou uma metastase, não podem ser utilizadas para substituir a neoplasia no “P”, independentemente do nº de internamentos para tratamento e cuidados com a neoplasia.

- Quando a admissão é para controlo de dor intratável devido a neoplasia, designa-se a neoplasia primária ou secundária como diagnóstico principal.

4.11. ADMISSÃO APENAS PARA RADIOTERAPIA OU QUIMIOTERAPIA

Se a admissão é para ambos os tratamentos utilizam-se os dois códigos seleccionando-se um deles como Diagnóstico Principal. Como a neoplasia ainda está sob tratamento, usa-se o código desta e não o de “História”.

Só se usa o código de “História de neoplasia” se aquela foi completamente erradicada e não está submetida a qualquer tipo de tratamento. Isto aplica-se tanto a neoplasias sólidas como a leucemias.

Os doentes com leucemia são muitas vezes admitidos para uma variedade de testes ou outros tratamentos associados à quimioterapia. Se houver dúvidas de qual a verdadeira causa para o internamento deve consultar-se o médico assistente.

A quimioembolização é uma variante de quimioterapia, na qual é feita uma administração intra-arterial duma partícula de colagénico, com o agente quimioterapêutico. Este diminui o tempo de circulação vascular da quimioterapia e aumenta o nível de retenção da droga. Na quimioembolização utiliza-se o código 99.25. Também se poderá utilizar o código 38.91 – cateterismo arterial.

Quando um doente é admitido para colocação de qualquer dispositivo de acesso para **administração de** quimioterapia, mas esta não é realizada no mesmo episódio de internamento, o Diagnóstico Principal é a Neoplasia, e nunca o de Admissão para quimioterapia – V58.1.

Quando a **inserção é seguida** de quimioterapia no mesmo episódio de internamento, o Diagnóstico Principal será V58.1 – Admissão para quimioterapia.

Quando o doente é admitido para imunoterapia antineoplásica, o “P” é a Neoplasia.

Quando se admite um doente para fazer BCG no tratamento do Melanoma, Neoplasia do pulmão, Sarcoma de tecidos moles, Carcinoma do cólon e Carcinoma da mama ou outra imunoterapêutica inespecífica, como o Interferon, o Diagnóstico Principal é a Neoplasia, e o procedimento codifica-se com o código 99.28.

Quando o doente é admitido para inserção, implante ou administração de elemento radioactivo, não se utiliza como “P” o V58.0, mas sim a Neoplasia, conforme nota de exclusão do cod. V58.0.

Não se utiliza qualquer código da categoria V58 quando a admissão se destina a outro tipo de tratamento, como cirurgia, tratamento paliativo (paracentese ou toracentese), ou procedimentos diagnósticos para determinar a extensão da malignidade.

4.12 CODIFICAÇÃO DE INTERNAMENTOS PARA EXAMES DE FOLLOW-UP

Quando o doente é admitido para exame de follow-up, após excisão ou erradicação da neoplasia, e não há evidência de recidiva ou metastização, o “P” deverá ser Admissão para follow-up – V67.X, seguido do código de História pessoal de neoplasia – V10.XX.

Ex: - Um doente assintomático, submetido a ressecção do cólon descendente um ano antes, é admitido para realização de uma colonoscopia, para verificação da anastomose e evidência de recidiva. Se a colonoscopia for normal codifica-se V67.0 + V10.05 com o procedimento correspondente ao código da colonoscopia.

- Numa situação idêntica, em que a colonoscopia para além de revelar toda a normalidade em relação com a neoplasia, revelou ainda um pólipó que depois o exame histológico confirmou ser benigno, então a codificação seria – 211.3 + V10.05. Nesta situação não se usa nenhum código da categoria V67. Na mesma situação, se for diagnosticada recidiva da neoplasia, o “P” será o diagnóstico da neoplasia – 153.2.

- Uma mulher submetida a excisão de neoplasia maligna do ovário, seguida de quimioterapia, é admitida para exame de follow-up. Não há sinais de recidiva local, nem de

metastização, e não se diagnostica qualquer outra patologia. A codificação será V67.2 + V10.43.

- Um doente a quem foram removidos pólipos benignos há cerca de um ano, foi admitido por dores intensas no **hipocôndrio** esquerdo. A colonoscopia realizada para investigação de recidiva dos pólipos nada revelou. O “P” deverá ser Dor abdominal - 789.04, não se utilizando nenhum código da categoria V67.

Quando há evidência de recidiva no local primitivo o “P” é o da Neoplasia.

Ex: - Recidiva na parede anterior da bexiga de carcinoma da parede anterior da bexiga previamente excisado – 188.2.

- Quando se constata que não há recidiva no local primário, mas há evidência de metastização, utiliza-se o código de Neoplasia secundária com um código da categoria V10. Neste caso não se usa nenhum código da categoria V67.

4.13. ADMISSÃO PARA OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO

Um doente que se apresente com queixas generalizadas, envolvendo dores não específicas, perda de peso, alteração dos hábitos intestinais, tendo uma história familiar carregada sob o ponto de vista neoplásico, é internado para esclarecimento da situação. O diagnóstico de neoplasia é excluído, e não se faz qualquer outro diagnóstico alternativo. A codificação será V71.1 + V16.0.

4.14. ADMISSÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

Se o doente é admitido em fase terminal, para cuidados paliativos, utilizamos o código da neoplasia como diagnóstico principal e o código V66.7 – Contacto para cuidados paliativos, como código de diagnóstico adicional.

4.15. SEQUÊNCIA DOS CÓDIGOS UTILIZADOS

- Doente admitido por crises convulsivas devidas a metástases cerebrais de carcinoma broncogénico. Durante o internamento o tratamento efectuado foi dirigido, unicamente para as convulsões. “P” 198.3 + 780.39 + 162.9

- Doente admitida por dor intratável devida a carcinoma metastático do crânio e **coluna**. A doente fora submetida a mastectomia radical 18 meses antes, seguida de QT para as metástases. Durante o internamento apenas lhe foi administrada terapêutica analgésica para alívio da dor “P” 198.5 + V10.3 + V45.71

- Doente admitido para QT. por neoplasia do ovário. Após a administração desta, desencadearam-se vômitos e náuseas que conduziram à desidratação. Esteve internado com perfusão de soros. “P” V58.1 + 787.0 + 276.5 + 183.0 E933.1

- a mesma doente é admitida para RT. No segundo dia de internamento aparece com febre e sibilos e posteriormente com tosse produtiva. O RX revelou “Pneumonia”. O exame de

expectoração revelou “Klebsiella pneumoniae” “P” V58.0 + 482.0 + 183.0

- Doente admitida para histerectomia total e anexectomia bilateral por carcinoma do ovário. Fez o primeiro ciclo de QT durante o mesmo episódio de internamento. “P” 183.0

- Doente admitido por adenopatias cervicais e provável diagnóstico de D. de Hodgkin. A biópsia confirmou o diagnóstico e o Rx, Scan, testes de função renal e biópsia de medula óssea determinaram a sua extensão. Iniciou radioterapia. “P” 201.98

- Uma doente é admitida por dispneia e toracalgia inspiratória, três anos após mastectomia radical por carcinoma da mama. O estudo revelou tratar-se de um derrame pleural neoplásico. Iniciou QT ainda durante o internamento “P” 197.2 + V10.3.

- Quando a admissão se destina ao tratamento de efeitos adversos da QT, identifica-se o efeito adverso tal como “vómitos persistentes – 536.2” ou “leucopenia – 288.0” como “P” com o código E adequado para identificar a droga.

- Quando um doente é admitido por obstrução do intestino delgado devido a carcinomatose peritoneal que é diagnosticada neste internamento, posteriormente à obstrução, codifica-se: “P” 195.2 + 560.89

- Quando se codifica uma compressão esofágica, provavelmente devida a carcinoma metastático do pulmão no esófago, codifica-se: “P” 197.8 + 162.9 + 530.3

- Um doente é admitido com obstrução do ureter devida a metástase intra-abdominal de neoplasia do cólon previamente excisada. Foi-lhe feita uma nefrostomia: “P” 198.89 + 593.4